



## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(A remettre à l'assistante sanitaire scolaire)

Afin de nous permettre d'assurer un meilleur suivi de la santé de votre enfant, nous vous demandons de remplir ce questionnaire et d'y joindre la **PHOTOCOPIE DES PAGES DE VACCINATIONS** de son carnet de santé.  
Pour respecter la confidentialité des informations médicales **veuillez mettre le tout sous pli fermé à l'ordre de l'assistante sanitaire scolaire de Fénelon**

IDENTITÉ DE L'ÉLEVE	COORDONNÉES des PARENTS
Nom : .....	Adresse : .....
Prénom : .....	.....
Né(e) le : .....	Tél. domicile : .....
Lieu de naissance : .....	.....
N° de sécurité sociale : .....	Profession père : .....
Nationalité : .....	Tél. portable : .....
Nom et adresse de l'établissement scolaire précédent : .....	Profession mère : .....
.....	Tél. portable : .....
.....	.....
Si parents absents personne à contacter : .....	
Tél : .....	
<b>RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ÉLEVE</b>	
Nom du médecin traitant : .....	
Adresse : ..... Téléphone : .....	
L'élève :	
• a-t-il un problème de santé ? ..... (Asthme, diabète, épilepsie...)	
• a-t-il des allergies : Alimentaire : NON OUI (si oui joindre le protocole d'intervention rempli par médecin)	
Médicamenteuse : NON OUI - à quel médicament ? : .....	
Autres : .....	
Toute médication prise sur temps scolaire nécessite la constitution d'un P.A.I (Plan d'Accompagnement Individualisé), le cas échéant, se rapprocher de l'Aide-Soignante de l'établissement.	
Est-il suivi dans une consultation spécialisée ? .....	
Si oui, laquelle ? .....	
<b>AUTORISATION PARENTALE</b>	
Je soussigné, Monsieur et/ou Madame.....	
Père/mère de ..... Elève en classe de .....	
Autorise, en cas d'urgence, le Chef d'Etablissement à faire transporter mon enfant dans l'hôpital le plus proche. L'établissement s'engage à prévenir la famille dans les plus brefs délais.	
Date :	Signature :